

2º CICLO DE ESTUDOS  
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

# Imagem Corporal Positiva e Saúde Mental em Idosos

Ana Sofia Sousa Ferraz

**M**

2018



**Universidade do Porto**  
**Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação**

**IMAGEM CORPORAL POSITIVA E SAÚDE MENTAL EM IDOSOS**

**Ana Sofia Sousa Ferraz**

Junho, 2018

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora ***Maria Raquel Barbosa*** (FPCEUP).

## **AVISOS LEGAIS**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

## **Agradecimentos**

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Raquel Barbosa, pela sua orientação e apoio; pela autonomia e direção que sempre me deu; pelo encorajamento e calma que tornou possível alcançar este objetivo.

Ao meu “Núcleo Duro”: aos meus pais e irmão, um especial e enorme agradecimento, por serem modelos de coragem; pelo seu apoio incondicional, incentivo, amizade e paciência ao longo de toda esta caminhada; pelo cuidado, os pormenores e o amor no lugar certo.

Aos meus padrinhos, por serem um pouco “meus”, por me acompanharem ao longo da minha vida e por todo o amor que me dão.

À minha Gi, pela amizade de todas as horas, pelo lugar especial que ocupa, pela prova de que mesmo longe é possível estar tão pertinho! À minha “sis” e “manuxo” por serem de casa, por fazerem parte das minhas memórias mais felizes e por continuarem ao meu lado; são a prova de que por muitas voltas que a vida dê, vêm sempre ter ao seu lugar!

À Daniela, por ser (muito) mais que minha cunhadinha; por ser família e parceira; pela cumplicidade e amor.

À Tia Cristina, pela dedicação incansável e pela partilha de sabedoria e amor. À minha Xaninha, por ser uma luz na minha vida e por me fazer acreditar (sempre) no melhor de mim!

Aos amigos de anos e anos, por crescermos juntos, lado a lado, e por continuarmos a fazê-lo: à Ângela, Ferrito, Rita, Diana, Magalhães, Tixa, Mariana, Ricardo, Maria e Catarina pelos convívios que me enchem o coração, pelas viagens e memórias que levo para a vida.

Ao melhor que Braga me poderia ter dado! À Tânia, por ser a minha irmã de coração, por ser a minha confidente e amiga de todas as horas e por (tão bem) me preencher; ao padrinho Filipe, pela pessoa maravilhosa que me move a ser mais, melhor e (muito) mais feliz; à Marta, o meu Binão, pelo exemplo de mulher que eu sigo, pelo orgulho com que digo (e sinto!!) que faz parte da minha vida; à Bea, pela amizade, sorriso, atenção e cuidado que a fazem estar sempre (tão) presente; ao André, pela presença constante, pelo comprometimento com as gargalhadas, cumplicidade, confidências e soluções; às amigas de casa (das belas), pelos melhores anos da minha vida, pelas gargalhadas e cumplicidade.

Às minhas amigas Marisa, Leandra, Carina, Tânia e Helena por terem sido o complemento perfeito nesta caminhada; pelos sorrisos, abraços, gargalhadas e lágrimas; por me mostrarem, cada uma à sua maneira, que nunca devemos desistir dos nossos sonhos!

A todos os idosos e a todas as (maravilhosas) pessoas que colaboraram comigo e me ajudaram a alcançar este objetivo.

## **Resumo**

O estudo das questões relacionadas com o processo de envelhecimento tem-se tornado de extrema importância, uma vez que a taxa de envelhecimento da população global, e em Portugal, está em crescimento. Ao longo deste processo muitas alterações são vivenciadas, nomeadamente na imagem corporal dos idosos. A imagem corporal positiva – constructo multidimensional, definido maioritariamente, como apreciação corporal – tem sido associada a diversos indicadores de saúde mental, porém, pouco se sabe acerca desta relação em idades mais avançadas. Assim sendo, o objetivo deste estudo é explorar o efeito da imagem corporal positiva na depressão, na autoestima e na qualidade de vida em homens e mulheres com mais de 65 anos. Os resultados não evidenciaram diferenças significativas na imagem corporal positiva em função do sexo e do grupo etário. Quanto aos níveis de depressão, de autoestima e de qualidade de vida também não foram encontradas diferenças entre homens e mulheres. Por seu lado, os idosos mais velhos revelam níveis mais elevados de depressão e mais reduzidos de qualidade de vida, comparativamente aos mais novos. Para além disto, a imagem corporal positiva prediz positivamente a autoestima e negativamente a depressão, tendo um efeito indireto na qualidade de vida, mediado pela autoestima e depressão.

Esta investigação contribui para o melhor conhecimento acerca do bem-estar dos idosos e do papel de uma boa relação com o seu corpo para a promoção de intervenções mais eficazes para uma maior saúde psicológica e melhor qualidade de vida em idades mais avançadas.

**Palavras-chave:** idosos, envelhecimento, imagem corporal positiva, saúde mental, depressão, qualidade de vida, autoestima.

## **Abstract**

The study of issues related to the aging process has become extremely important, since the rate of aging of the global population, and in Portugal, is growing. Throughout this process many changes are experienced, particularly in body image of older people. Positive body image - multidimensional construct, mostly defined as body appreciation - has been linked to various mental health indicators, however, little is known about this relationship in late adulthood. Therefore, the aim of this study is to explore the effect of positive body image in depression, self-esteem and quality of life in men and women over 65 years. The results showed no significant differences in positive body image by gender and age group. Regarding levels of depression, self-esteem and quality of life were also no differences between men and women. On the other hand, the older elderly had higher levels of depression and lower of quality of life compared to younger ones. In addition, positive body image positively predicts self-esteem and negatively depression levels, having an indirect effect on quality of life, mediated by self-esteem and depression.

This research contributes to a better knowledge of the elderly wellbeing and the role of a good relationship with their bodies to promote more effective interventions for greater psychological health and better quality of life at older ages.

**Keywords:** older adults, aging, positive body image, mental health, depression, quality of life, self-esteem.

## Introdução

O processo de envelhecimento é composto por várias fases que se concretizam no decorrer da vida: primeira infância – nascimento aos 3 anos; segunda infância – 3 aos 6 anos; terceira infância – 6 aos 11 anos; adolescência – 11 aos 20 anos, aproximadamente; jovem adulto – 20 aos 40 anos; meia-idade – 40 aos 65 anos; terceira idade – a partir dos 65 anos (Papalia & Feldman, 2013); e por fim, a quarta idade – a partir dos 80 anos (Blanchard-Fields & Kalinauskas, 2009).

A taxa de envelhecimento da população global, e em Portugal, está em crescimento significativo (PORDATA, 2016), sendo de extrema importância o estudo de questões relacionadas com as últimas etapas da vida (Baker & Gringart, 2009).

O processo de envelhecimento é caracterizado por alterações significativas do aspeto físico e funcionalidade que, apesar de normativas, suscitam pressões socioculturais para o conformismo com os ideais de aparência e competência dos mais jovens. Todo este processo é influenciado pela cultura, tendo impacto na imagem corporal da população idosa e, consequentemente, na sua saúde mental e física (Jankowski, Diedrichs, Williamson, Christopher & Harcourt, 2014).

O conceito de imagem corporal reflete os pensamentos, sentimentos e comportamentos dos indivíduos associados com a sua aparência e capacidade física (Cash, 2002), tendo influência em vários aspetos do bem-estar psicossocial e qualidade de vida (QD) (Cash & Smolak, 2011). A imagem corporal pode ser negativa (ICN) ou positiva (ICP).

A ICN tem sido definida como níveis de afeto e cognição negativos em relação ao corpo, sendo a ICP definida como a apreciação, proteção, aceitação e conexão dos indivíduos com o seu físico, representado o amor e o respeito pelo próprio corpo (Tylka, 2011). Assim, o indivíduo tendo ICP, aceita as características do corpo na sua totalidade e avalia as suas funções, sendo que podem não estar em conformidade com os ideais sociais (Tiggemann & McCourt, 2013).

De salientar, contudo, que a ICP difere da ICN, na medida em que é um constructo separado, não refletindo somente os níveis baixos de afeto e cognições negativas acerca do corpo (Tylka, 2011). Efetivamente, as características da ICP vão além da satisfação corporal, traduzindo-se também no otimismo, na noção ampla de beleza e na visão funcional do corpo (Tiggemann & McCourt, 2013). Assim, um indivíduo pode manifestar altos níveis de apreciação corporal e de aceitação da sua forma corporal (ICP), ao mesmo tempo que revela insatisfação corporal, identificando alguns aspetos que gostaria de mudar no seu corpo

(Avalos, Tylka, & Wood-Barcalow, 2005; Halliwell, 2015). Desta forma, a ICP é mais do que o equivalente a baixos níveis de ICN ou ausência de insatisfação corporal (Tiggemann & McCourt, 2013), tal como a felicidade é mais do que o equivalente à ausência de depressão (Gillen, 2015).

O constructo de ICP, apesar de ser complexo e multidimensional, (englobando dimensões como apreciação, aceitação e amor corporal, concetualização ampla de beleza, entre outras) (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b) é, muitas vezes, referido como apreciação corporal – considerada um componente central e a forma mais comum de operacional esse constructo (Tiggeman & McCourt, 2013). A apreciação corporal é entendida como atitude de aceitação, respeito e proteção do corpo (Avalos et al., 2005), bem como a apreciação dos recursos, funcionalidades e saúde do corpo - indo para além da apreciação da aparência e respetivos ideais culturais (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

Williams, Cash e Santos (2004) concretizaram esta ideia através do estudo realizado com três grupos de participantes do sexo feminino: (a) participantes com ICP, (b) com ICN e (c) com insatisfação normativa da imagem corporal. Verificaram que, no grupo de participantes com ICP foram identificadas mais características saudáveis, como o otimismo, níveis mais elevados de autoestima (AE) e menos autoapresentação perfeccionista, do que nos restantes grupos.

A maioria da investigação e prática clínica na imagem corporal tem como objetivo melhorar, prevenir e tratar os sintomas da ICN (Bailey, Gammage, van Ingen & Ditor, 2015; Smolak & Cash, 2011), sendo negligenciada a atenção dada à ICP (Avalos et al., 2005; Smolak & Cash, 2011). Assim sendo, os investigadores começam a enfatizar o estudo da ICN no sentido de uma melhor compreensão da ICP e das suas implicações para a promoção da saúde psicológica e do bem-estar (Bailey et al., 2015), bem como para a prevenção e tratamento de perturbações da imagem corporal (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). De facto, como referem Smolak e Cash (2011), o estudo da ICP é essencial para o futuro desta temática.

Segundo Grogan (2010), vários são os autores que afirmam uma associação entre a imagem corporal e fatores psicológicos, sendo a ICP relacionada, por exemplo, com a depressão e a AE (Gillen, 2015), tendo, também, uma grande influência na melhoria da QD (Kim & Kang, 2015). No entanto, esta relação entre a ICP e a saúde mental tem sido explorada em populações jovens, maioritariamente do sexo feminino, sendo negligenciado o estudo destas variáveis em indivíduos idosos (Baker & Gringart, 2009; Clarke & Korotchenko, 2011).



Gillen (2015) estudou a associação entre a ICP e vários indicadores de saúde mental numa amostra de estudantes do ensino superior. Verificou que os estudantes, de ambos os sexos, com a ICP mais elevada, reportaram menos níveis de depressão e níveis mais elevados de AE, enfatizando as implicações significativas da ICP para a saúde e bem-estar.

Neste seguimento, a apreciação corporal, sendo um aspeto da ICP, tem sido associada a níveis mais elevados de AE (Swami, Airs, Chouhan, Leon & Towell, 2009; Swami, Stieger, Haubner & Voracek, 2008; Tylka & Kroon Van Diest, 2013) e de bem-estar psicológico (Avalos et al., 2005) em adultos e estudantes universitários. Segundo Rosenberg (1965), AE pode ser definida como sentimentos relativamente estáveis do valor e importância de cada um.

De acordo com Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling e Potter (2002), a AE aumenta gradualmente até aos 65 anos, havendo um declínio a partir dos 70 anos. Posto isto, revela-se de extrema importância perceber de que forma a ICP se relaciona com este indicador de saúde mental em idade mais avançada.

Outro fator revelante neste âmbito são os níveis de depressão, que têm sido associados à imagem corporal e podem afetar a QD subjetiva de cada indivíduo (Kim & Kang, 2015). Rubin e Steinberg (2011) demonstraram que uma maior preocupação e apreciação corporal estão associados a menores níveis de depressão em mulheres grávidas. Similarmente, um estudo com estudantes universitárias do sexo feminino mostrou que participantes com níveis mais elevados de apreciação corporal relataram menos depressão (Dumitrescu, Zetu, Teslaru, Dogaru & Dogaru, 2008).

Como já foi referido, o envelhecimento é acompanhado de mudanças significativas do aspeto físico e funcionalidade (Jankowski et al., 2014), sendo que as alterações funcionais, a probabilidade de mais problemas de saúde e o aumento da mortalidade podem traduzir-se no surgimento de depressão em cerca de 5 a 15% dos idosos (Snowden, Steinman & Frederick, 2008). A depressão pode ser entendida como uma doença incapacitante que pode levar ao suicídio, quando não detetada e tratada. Posto isto, é importante ressaltar que o envelhecimento pode enfatizar algumas características desta condição e suprimir outras, sendo que os indivíduos idosos se tornam embaraçados e relutantes quando se trata de descrever e expor os seus problemas psicológicos ou emocionais (Miller & Reynolds III, 2003). Surge então a necessidade de se perceber como esta condição se relaciona com a ICP nesta faixa etária, em prol de uma melhoria da QD – percepção individual relativamente à sua posição na vida, no contexto cultural e sistemas de valores em que está inserido, tendo em

conta as metas, expectativas, padrões e inquietações (WHOQOL, 1995) –, sendo que a sintomatologia depressiva tende a aumentar com a idade (Marques-Teixeira, 2012).

Efetivamente, a QD parece estar correlacionada com a ICP e com a depressão, tal como aponta o estudo de Kim e Kang (2015), numa amostra de adultos de meia-idade. Neste estudo, concluíram que a QD se encontra positivamente associada com a imagem corporal, correlacionando-se negativamente com a depressão. Deste modo, verificaram uma melhoria da QD em indivíduos que exibiram uma ICP e baixos níveis de depressão.

Posto isto, será relevante perceber de que forma os indicadores de saúde mental descritos se relacionam entre si, nesta faixa etária. Um estudo de Tavares et al. (2016) com idosos da comunidade brasileira mostrou que níveis menores de AE implicam piores resultados ao nível da QD. Halit (2014), por seu lado, num estudo com uma amostra idosa composta por chineses e indianos, chegou à conclusão que apenas a depressão e AE estão associadas. Quanto à relação entre depressão e QD, uma revisão de literatura de Sivertsen, Bjørkløf, Engedal, Selbæk e Helvik (2015) encontrou uma associação significativa entre a intensidade da depressão e a QD mais reduzida em idosos, sendo que o tratamento da depressão resultou num aumento da QD, mesmo para os idosos que não recuperaram completamente do episódio depressivo.

Salientando a investigação realizada em Portugal, um estudo de Teixeira, Nunes, Ribeiro, Arbinaga e Vasconcelos-Raposo (2016), composto por 215 participantes do norte do país, com idades compreendidas entre os 60 e os 100 anos, constatou que com o aumento da idade, os níveis de AE diminuem enquanto os sintomas depressivos aumentam – contrariamente ao estudo de Meneses e Barbosa (2017) que não encontrou diferenças ao nível da AE, numa amostra de 202 participantes dos 65 aos 91 anos de diversas zonas do país. No que concerne às diferenças de sexo, o estudo de Teixeira et.al (2016), anteriormente citado, mostrou que os homens apresentaram níveis de AE superiores aos das mulheres, resultado este que vai de encontro aos resultados dos estudos de Meneses e Barbosa (2017) e de Becker (2013) – este último constituído por 141 idosos com idades entre os 60 e os 87 anos, residentes no Distrito de Coimbra. Segundo este autor, para além dos homens apresentarem AE mais elevada do que as mulheres, apresentam também QD geral mais elevada, apesar do tamanho do efeito ser baixo. Os resultados indicaram ainda que, com o avançar da idade, aumenta a probabilidade da QD diminuir, sendo que idosos mais jovens apresentaram níveis de QD mais elevados, comparando com idosos mais velhos, reforçando os resultados encontrados por Andrade e Martins (2011) num estudo com 210 idosos do concelho de Tondela, com idades compreendidas entre os 60 e os 95 anos. Relativamente à

depressão, como já foi referido, esta tende a aumentar com a idade (Marques-Teixeira, 2012), o que tem sido corroborado empiricamente em amostras de idosos, nomeadamente nos Conselhos de Tavira, Olhão e de Faro, constatando-se que as mulheres são mais depressivas que os homens (Drago & Martins, 2011).

Assim sendo, a ICP surge como um fator protetor, tendo um importante papel no bem-estar e saúde (Halliwell, 2015).

Para além dos indicadores de saúde mental, surgem como fatores de interesse para a ICP, a idade, o sexo e o índice de massa corporal (IMC). Relativamente à idade, estudos com mulheres desde os 18 anos até à velhice, revelam uma relação positiva entre esta variável e a apreciação corporal (Swami, Tran, Tieger & Voracek, 2015; Tiggemann & McCourt, 2013). Estes resultados revelam que, com a idade, as mulheres parecem apreciar mais a sua saúde e funcionalidade e mais capazes de aceitar as imperfeições corporais. De facto, numa leitura mais atenta desta relação, percebe-se que quando comparados os grupos de mulheres com mais de 50 anos e menos de 50 anos, as mais velhas apresentam níveis mais elevados de apreciação corporal, sugerindo que os 50 anos, frequentemente associados à menopausa e às mudanças a ela inerentes, se poderão tornar um ponto de viragem na forma como as mulheres lidam com o seu corpo (Tiggemann & McCourt, 2013). Para além disto, segundo Tiggemann e McCourt (2013) e Bailey, Cline e Gammage (2016), mulheres idosas podem experienciar apreciação corporal, mesmo não estando totalmente satisfeitas com o seu corpo - efetivamente, experiências corporais positivas e negativas podem coexistir (Bailey et al., 2016). No entanto, poucos são os estudos a explorar a imagem corporal positiva em idosos e, em particular, a incluírem homens nas suas amostras. Apenas encontrámos um estudo com estas características em Portugal (Meneses & Barbosa, 2017) e, relativamente ao grupo etário, não encontrou diferenças entre idosos mais jovens (dos 65 aos 75 anos) e idosos mais velhos (mais de 75 anos), ao nível da apreciação corporal.

No que diz respeito às diferenças de sexo ao nível da apreciação corporal, segundo vários estudos com adolescentes e adultos (Kroon Van Diest & Tylka, 2010; Lobero & Rios, 2011; Tylka, 2013; Tylka & Kroon Van Diest, 2013; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a) o sexo masculino revela níveis significativamente mais elevados, comparativamente com o sexo feminino. Contrariamente, os estudos de Swami et al., (2008) e Gillen (2015) não encontraram diferenças significativas consoante o sexo, assim como o estudo com população mais velha (Meneses & Barbosa, 2017).

Quanto ao IMC, este parece estar inversamente relacionado com a ICP em homens e mulheres (Tylka & Wood-Barcalow, 2015a), tendo sido encontrados resultados idênticos em

mulheres de vários países (Avalos et al., 2005; Kroon Van Diest & Tylka, 2010; Swami, et al., 2008; Tylka & Kroon Van Diest, 2013), embora esta associação se tenha revelado fraca (e.g., Atari, 2016; Alleva Martijn, Veldhuis, & Tylka, 2016; Razmus & Razmus, 2017; Swami, Ng, & Barron, 2016). E, quando considerada a população mais velha, esta variável parece não ter impacto na ICP (Meneses & Barbosa, 2017).

Por último, e porque se constatou um reduzido investimento na exploração e conhecimento da ICP na população mais velha, sendo a exceção dos estudos internacionais de Bailey et al., (2016), Swami et al., (2015) e de Tiggemann e McCourt, (2013) e o nacional de Meneses e Barbosa (2017), sendo a maior parte da investigação focada em populações mais jovens (Baker & Gringart, 2009; Clarke & Korotchenko, 2011), o presente estudo tem como objetivo a exploração das relações entre a ICP, os indicadores de saúde mental (AE, depressão e QD), o sexo, a idade e o IMC em homens e mulheres com mais de 65 anos.

Assim, com base na literatura e na revisão realizada, as hipóteses do presente estudo são:

1. Não se esperam diferenças de **sexo** na ICP (Gillen, 2015; Meneses & Barbosa, 2017). Por seu lado, são esperadas diferenças de sexo nos níveis de depressão (Drago & Martins, 2011), de AE (Becker, 2013; Meneses & Barbosa, 2017; Teixeira et al., 2016) e de QD (Becker, 2013), com os homens a apresentarem níveis mais elevados, comparativamente às mulheres;
2. Não se esperam diferenças de **idade** na ICP (Meneses & Barbosa, 2017); contudo, esperam-se diferenças nos níveis de depressão (Drago & Martins, 2011; Marques-Teixeira, 2012) e de QD (Andrade & Martins, 2011; Becker, 2013), mas não ao nível da AE (Meneses & Barbosa, 2017), com o grupo dos mais velhos a apresentarem níveis mais elevados de depressão e mais reduzidos de QD, comparativamente ao grupo dos mais novos;
3. Espera-se uma associação fraca entre o **IMC** e a ICP (Atari, 2016; Alleva et al., 2016; Meneses & Barbosa, 2017; Razmus & Razmus, 2017; Swami et al., 2016);
4. Espera-se uma associação significativa negativa entre a ICP e a **depressão** (Dumitrescu et al., 2008; Gillen, 2015; Rubin & Steinberg, 2011) e positiva entre a ICP e a **AE** (Avalos et al., 2005; Gillen, 2015; Swami et al., 2008; Swami et al., 2009; Tylka & Kroon Van Diest, 2013;) e a **QD**, bem como as suas dimensões (Kim & Kang, 2015);
5. Espera-se que a ICP seja um preditor (positivo) da AE (Avalos et al., 2005; Gillen, 2015), da QD (Kim & Kang, 2015) e (um preditor negativo) da depressão (Gillen, 2015; Swami et al., 2008);

6. Finalmente, espera-se que os níveis de depressão e de AE mediem a relação entre a ICP e a QD (Dumitrescu et al., 2008; Gillen, 2015; Halit, 2014; Kim & Kang, 2015; Rubin & Steinberg, 2011; Siversten et al., 2015; Swami et al., 2008; Swami et al., 2009; Tavares et al., 2016; Tylka & Kroon Van Diest, 2013).

## **Método**

### **Participantes**

A amostra do presente estudo é constituída por 203 participantes, sendo esta recolhida pelo método “bola de neve” – um processo de amostragem não probabilístico. Os participantes foram recrutados da comunidade em geral e instituições seniores.

Participaram neste estudo 131 mulheres e 72 homens com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos ( $M = 73.24$ ;  $DP = 6.95$ ), dos quais 57.2% são casados, 28.9% são viúvos, 7% são divorciados, 5.5% são solteiros e 1.5% encontram-se em união de facto. De acordo com a escolaridade, 53% tem o ensino primário (1º - 4º ano), 16.3% o secundário, 9.9% o 1º ciclo, 7.9% o 2º ciclo, 7.9% a licenciatura e 5% são analfabetos, sendo que 51.2% respondeu por si próprio e 48.8% com ajuda. 29.1% dos participantes pertencem ao distrito de Aveiro, 27.6% ao distrito do Porto, 22.2% são de Lisboa, 18.7% dos Açores e 2.5% de Viana do Castelo, contando que 84.1% vivem na sua própria casa, 8.5% num lar e 7.5% em casa dos filhos. Quanto ao agregado familiar, 57.6% vive com marido/esposa, 22.2% com o(s) filho(s), 5.9% com o(s) neto(s), 20.2% sozinhos e 6.4% não se enquadram nestas opções uma vez que relataram “irmã” (0.5%), “irmã e sobrinha” (0.5%) e “lar” (5.4%). Relativamente à situação de saúde que afeta a vida diária dos participantes, 38.9% relata diminuição da força, 25.6% refere diminuição da flexibilidade, 21.7% a diminuição do equilíbrio, 16.3% tem dores ou hérnias discais e 16.3% nomeiam outros problemas como diabetes, problemas ósseos e cardiovasculares. Os tempos livres são maioritariamente passados a ver televisão (73.9%), seguindo-se o conversar (61.6%), ler (48.3%), cuidar da horta/quintal/terreno (39.4%), cuidar dos netos (27.6%), bordar (22.2%), pintar (11.8%) e, por último, o não fazer nada (5.4%). 26.6% dos idosos relatam ter outras ocupações, como por exemplo, frequentar uma associação sénior. Quanto ao índice de massa corporal (IMC), este varia entre 15.49 e 57.78 ( $M = 27.83$ ;  $DP = 5.22$ ). Relativamente à depressão nesta amostra, 82.3% não tem depressão, 14.3% revela depressão ligeira, sendo que 3.4% revela depressão grave.

A admissão ao estudo teve como critério de inclusão a idade igual ou superior a 65 anos, enquanto o critério de exclusão consistiu na manifestação de doença e/ou declínio das funções cognitivas (e.g. doença de Alzheimer), informação dada pelos profissionais das respetivas instituições. Foram excluídos 23 participantes, uma vez que não cumpriam os critérios anteriormente definidos. A totalidade dos idosos integraram a presente investigação de modo voluntário, assegurando-se a confidencialidade e o anonimato de qualquer informação concedida.

## **Instrumentos**

**Questionário sociodemográfico.** Foi utilizado um questionário sociodemográfico, criado para o presente estudo contendo as variáveis idade, sexo, peso, altura, escolaridade, estado civil, zona de residência, local de residência, agregado familiar, história clínica, ocupação tempos livres e modo de preenchimento do mesmo.

**Apreciação Corporal.** A imagem corporal positiva, operacionalizada através da apreciação corporal, foi medida pela *Body Appreciation Scale – 2* (BAS-2; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a), avaliando a aceitação, opiniões favoráveis e respeito dos participantes relativamente ao seu corpo. Esta escala é composta por 10 itens que deverão ser respondidos numa escala de likert de 1 “nunca” a 5 “sempre”, sendo que níveis mais elevados indicam maior apreciação com o corpo, ou seja, imagem corporal positiva mais elevada. A versão portuguesa da BAS-2 utilizada neste estudo foi traduzida por Lemoine et al. (2018) e validada numa amostra de adolescentes e jovens adultos e de idosos (Meneses & Barbosa, 2017; Meneses, Torres, Miller, & Barbosa, submetido). Os resultados demonstram que esta possui uma estrutura unifatorial e boas qualidades psicométricas, sendo uma medida viável para a população portuguesa, tanto em adolescentes e jovens ( $\alpha_{\text{raparigas}} = .91$  e  $\alpha_{\text{rapazes}} = .94$ ), como na população mais velha ( $\alpha_{\text{mulheres}} = .89$  e  $\alpha_{\text{homens}} = .87$ ). No presente estudo, a escala global demonstrou excelente consistência interna,  $\alpha = .91$  ( $\alpha_{\text{mulheres}} = .91$  e  $\alpha_{\text{homens}} = .90$ ).

**Depressão.** A depressão foi avaliada através da *Geriatric Depression Scale* de 15 itens (GDS-15) adaptada para o Português Europeu, recorrendo à versão original de Sheikh e Yesavage (1986) e à versão em Português do Brasil de Almeida e Almeida (Apóstolo et al., 2014). Os 15 itens foram ser respondidos consoante o modo como o idoso caracteriza as suas atitudes e comportamentos. As respostas são dicotómicas (sim/não), sendo que foi atribuído 1 ponto para a resposta “sim” e 0 pontos para a resposta “não” aos itens 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15 e o inverso (1 ponto para a resposta “não” e 0 pontos para a resposta “sim”) aos

restantes itens. A cotação final corresponde à soma dos pontos dos 15 itens, sendo que um resultado final entre 0 e 5 revela ausência de depressão, entre 6 e 10 revela presença de depressão ligeira e entre 11 e 15 revela depressão grave. No geral, a versão em português apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha=.83$ ), revelando características que asseguram a sua qualidade para avaliar depressão em idosos. No presente estudo, a escala apresentou, igualmente, boa consistência interna ( $\alpha=.81$ ).

**Autoestima.** Este constructo foi medido pela *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES; Rosenberg, 1965), uma escala que avalia atitudes do valor e importância de cada um. A versão portuguesa utilizada no presente estudo é de Pechorro, Marôco e Vieira (2011) e é constituída por 10 itens que deverão ser respondidos numa escala de likert de 4 pontos, que variam entre “concordo fortemente” e “discordo fortemente”, sendo que maior pontuação indica maior AE. Esta versão da escala apresenta uma estrutura unifatorial, validade divergente e discriminante e consistência interna aceitável ( $\alpha=.79$ ). A escala do presente estudo apresentou, da mesma forma, igual consistência interna ( $\alpha=.79$ ).

**Qualidade de vida.** O grupo WHOQOL (1995) desenvolveu um instrumento para medir a avaliar a QD – *World Health Organization Quality of Life-Older Adults Module* (WHOQOL-OLD), operacionalizado como a percepção individual relativamente à sua posição na vida, no contexto cultural e sistemas de valores em que está inserido, tendo em conta as metas, expectativas, padrões e inquietações. Constitui-se por 24 itens repartidos por seis dimensões: 1) Habilidades Sensoriais (SAB), avalia o funcionamento sensorial e o impacto das deficiências na vida diária; 2) Autonomia (AUT), refere-se à capacidade de viver autonomamente e da tomada de decisão, avaliando, assim, o grau de independência em idade avançada; 3) Atividades passadas, presentes e futuras (PPF), estima o grau de satisfação com as conquistas da vida e objetivos futuros; 4) Participação Social (SOP), refere-se à participação em atividades diárias, em especial na comunidade; 5) Morte e morrer (DAD), diz respeito às preocupações e medos de morrer e da morte e 6) Intimidade (INT), avalia as oportunidades de receber/dar companhia e amor (Vilar, Sousa & Simões, 2015). A versão portuguesa (Vilar et al., 2015) do instrumento, utilizada na presente investigação, possui uma dimensão adicional: 7) Família (FAM) que diz respeito à satisfação com as relações familiares, estando relacionada com o apoio e sentido de valor por parte da família, bem como as preocupações e medos com a morte e bem-estar dos membros da mesma. A escala apresenta um total de 28 itens, uma excelente consistência interna ( $\alpha=.91$ ) e estabilidade temporal ( $\alpha=.80$ ). Os participantes responderam a uma escala de likert de 5

pontos, sendo que valores mais elevados indicam maior percepção de QD. No presente estudo, a escala global apresentou boa consistência interna ( $\alpha=.85$ ).

## **Procedimentos**

### **Procedimentos de recolha dos dados**

Inicialmente foi realizado um pedido de autorização formal a todos os autores das versões portuguesas das escalas mencionadas anteriormente. Sendo este pedido autorizado, seguiu-se a submissão do projeto à comissão de ética da FPCEUP, cujo parecer foi positivo (processo Refª 1-11/2016). Foi solicitada, ainda, a todos os participantes, a assinatura do consentimento informado.

Após esta etapa inicial, iniciou-se o contacto a algumas pessoas pertencentes à rede de conhecimentos das investigadoras, com o objetivo de uma maior divulgação pela sua rede de amizades (efeito de bola de neve). Simultaneamente, foram contactadas pessoalmente, ou via e-mail, algumas instituições seniores (universidades, centros de dia), com o objetivo de apresentar o estudo e o interesse em recolher amostra. As instituições cuja resposta foi positiva foram contactadas para se agendar a aplicação ou entrega do protocolo aos participantes. Algumas recolhas contaram com o auxílio de funcionários das instituições, para a aplicação e entrega do protocolo, e alguns foram preenchidos em casa e entregues nas instituições.

O protocolo é composto por 8 páginas sendo a primeira o consentimento informado, a segunda o questionário demográfico e as restantes 6 os instrumentos de avaliação, ordenados de forma contrabalanceada.

### **Procedimentos estatísticos**

A normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria ( $dk$ ) e curtose ( $ku$ ) e a existência de *outliers* pela distância quadrada de Mahalanobis ( $D^2$ ), sendo que as condições foram cumpridas. Foi realizada uma análise descritiva dos dados, média e desvio-padrão, seguida de testes paramétricos - teste  $t$  para amostras independentes, com o objetivo de verificar a existência de diferenças significativas entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo e escolaridade) e as principais variáveis exploradas neste estudo (imagem corporal positiva, depressão, AE e QD). Para se explorarem as associações entre as principais variáveis foram calculadas correlações de *Pearson*. Por fim, para se testar as relações estruturais entre as variáveis anteriormente apresentadas, mais concretamente um modelo de mediação da ICP e da QD, foi realizada uma análise de trajetórias ou *path*



*analysis*. A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo método da máxima verosimilhança e, para avaliar a qualidade do ajustamento do modelo, foram utilizados os seguintes índices: Razão da Estatística do Qui-quadrado pelos graus de liberdade ( $X^2/gl$ ) inferior a 3,0, *Goodness of Fit Index* (GFI), *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI) superiores a 0.9 e Root Mean Square Error of Aproximation (RMSEA) inferior a 0.05, com intervalo de confiança de 90 % (Kline, 2004; Maroco, 2014). Os dados foram analisados recorrendo-se aos programas *IBM SPSS Statistics 24 (Statistical Package for the Social Sciences)* e *IBM SPSS AMOS 24*. Foram considerados valores significativos para  $p < .05$  e foi apresentada a magnitude do efeito.

## Resultados

### Estatísticas Descritivas e Testes de Diferenças das Variáveis em Estudo

Relativamente às estatísticas descritivas das principais variáveis em estudo (tabela 1), é possível verificar, através do ponto medio das escalas, que os participantes, no geral, apreciam o seu corpo (ICP) e revelam níveis médios de QD e elevados de AE. Para além disso, reportam níveis baixos de depressão<sup>1</sup>.

*Inserir Tabela 1 aqui.*

Os testes de hipóteses para a idade (mais novos definidos entre 65 e 75 anos e os mais velhos definidos como mais de 75 anos), sexo e escolaridade (analfabetismo e ensino primário são agrupados em ausência/baixa escolaridade e o ensino básico, secundário e universitário são agrupados em alta escolaridade), são também apresentados na tabela 1.

Desta forma, tal como seria esperado, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois **grupos etários** ao nível da depressão [ $t(201) = -2.81, p = .00, d = .41$ ], com o grupo mais velho a apresentar níveis mais elevados de sintomatologia depressiva do que os idosos mais jovens, e ao nível da QD [ $t(201) = 2.97, p = .00, d = .44$ ], com o grupo mais novo a apresentar valores mais elevados, comparativamente ao grupo dos

---

<sup>1</sup> Maior pontuação indica maiores níveis de ICP, qualidade de vida, AE e depressão. O valor máximo para a ICP é 50, para a qualidade de vida é 140, para a AE é 30 e para a depressão é 15.

mais velhos. Relativamente à ICP e à AE, tal como se previa, não foram encontradas diferenças significativas.

Quanto ao **sexo**, contrariamente ao esperado, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis, nomeadamente na AE, na depressão e na QD.

Quanto às **habilitações literárias**, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de escolaridade relativamente à ICP, à AE, à depressão e QD.

### **Correlações entre as Variáveis em Estudo**

As associações bivariadas entre as variáveis em estudo são apresentadas na tabela 2.

*Inserir Tabela 2 aqui.*

De acordo com a tabela, podemos verificar que todas as principais variáveis em estudo (AE, QD e depressão) estabelecem correlações significativas, e no sentido esperado, com a apreciação corporal; positivamente com a AE ( $r = .31, p < .001$ ) e QD ( $r = .29, p < .001$ ) e negativamente com a depressão ( $r = -.28, p < .001$ ). Este constructo correlaciona-se, ainda, com algumas das dimensões da QD, no sentido positivo: particularmente com a autonomia ( $r = .29, p < .001$ ), as atividades passadas, presentes e futuras ( $r = .31, p < .001$ ) e a participação social ( $r = .21, p < .001$ ), associando-se, ainda, embora de forma muito fraca, à intimidade ( $r = .14, p < .05$ ) e à dimensão família ( $r = .16, p < .05$ ).

Neste seguimento, é importante salientar que todos os indicadores de saúde mental estabelecem correlações significativas e moderadas entre si; a AE correlaciona-se negativamente com a depressão ( $r = -.41, p < .001$ ) e positivamente com a QD ( $r = .47, p < .001$ ) e as suas dimensões, exceto com a dimensão *Morte e Morrer*. Por seu lado, a QD correlaciona-se negativamente com a depressão ( $r = -.61, p < .001$ ), assim como as suas dimensões.

Para além disto, não se observa uma associação significativa entre o IMC e a ICP ( $r = -.04, p > .05$ ).

### **O papel da imagem corporal positiva na saúde mental: Proposta de um modelo**

Previamente ao teste do modelo de predição entre a ICP e os indicadores de saúde mental, e porque variável QD apresenta diversas dimensões, procedemos à avaliação do

modelo de medida desta variável. Este revelou bons índices de ajustamento global,  $X^2 = 18.874$ ; gl = 12;  $p = .092$ ;  $X^2/\text{gl} = 1.573$ ; CFI = .982; GFI = .975; TLI = .968; RMSEA = .053 (90% IC: .000, .097). Por seu lado, tendo em conta o ajustamento local, percebeu-se que os itens relativos às dimensões *Morte e Morrer* e *Habilidades Sensoriais* parecem não ser tão relevantes para a QD ( $\beta = .039$ ,  $p = .651$  e  $\beta = .197$ ,  $p < .001$ , respetivamente). Por outro lado, as dimensões *Atividades Passadas, Presentes e Futuras* ( $\beta = .869$ ,  $p < .001$ ), *Suporte Social* ( $\beta = .712$ ,  $p < .001$ ), *Família* ( $\beta = .660$ ,  $p < .001$ ), *Autonomia* ( $\beta = .622$ ,  $p < .001$ ) e *Intimidade* ( $\beta = .599$ ,  $p < .001$ ) parecem ter um papel relevante na QV nesta amostra.

Por último, e tentando-se integrar os diversos resultados, foi avaliado um modelo de predição da ICP na QD, na depressão e na AE. Avaliou-se, ainda, o efeito indireto da ICP na QD, através da AE e da depressão. O modelo, com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R<sup>2</sup> das principais variáveis é apresentado na Figura 1. O ajustamento do modelo apresentado é aceitável,  $X^2 = 82.940$ ; gl = 30;  $p < .001$ ;  $X^2/\text{gl} = 2.750$ ; CFI = .908; GFI = .928; TLI = .862; RMSEA = .093 (90% IC: .069, .117) e explica 43% da QD.

*Inserir Figura 1 aqui.*

Pela análise do modelo, e tal como previsto, podemos verificar que a ICP é um preditor significativo e positivo da AE ( $B = .210$ ; SE = .045;  $Z = 4.628$ ;  $p < .001$ ;  $\beta = .31$ ) e negativo da depressão ( $B = -.077$ ; SE = .030;  $Z = -2.617$ ;  $p < .05$ ;  $\beta = .17$ ). Por seu lado, e contrariamente ao que seria de esperar, a ICP não revela um efeito direto e significativo na QD ( $B = .017$ ; SE = .010;  $Z = 1.747$ ;  $p < .05$ ;  $\beta = .13$ ), havendo, no entanto, um efeito indireto, mediado pela AE, de .063 ( $p < .001$ ) e pela sintomatologia depressiva, de .085 ( $p < .001$ ), tal como se esperava.

## **Discussão**

À medida que a população envelhece, torna-se importante expandir o conhecimento acerca da interação entre o envelhecimento e a imagem corporal, bem como da sua influência na vida dos idosos (Jankowski et al., 2014). Desta forma, o presente estudo procurou estudar o efeito da ICP em alguns indicadores de saúde mental (na depressão, na AE e na QD), bem

como explorar estas relações em função do sexo, do grupo etário e do IMC em homens e mulheres com mais de 65 anos.

Relativamente às hipóteses em estudo, três foram confirmadas (H2, H3 e H6), sendo as restantes três confirmadas parcialmente (H1, H4 e H5). Com efeito, as hipóteses de que não haveria diferenças de sexo e idade na ICP (primeira parte das H1 e H2) foram confirmadas, sugerindo que a ICP é similar em homens e mulheres e mantem-se estável, nesta fase avançada da vida. Estes resultados vão de encontro ao único estudo existente com uma amostra de homens e mulheres idosos de Meneses e Barbosa (2017) o que sugere que, apesar das eventuais mudanças no corpo envelhecido, homens e mulheres mais velhos parecem valorizar o seu corpo, as suas potencialidades e otimizar a sua competência e saúde, considerando que os idosos revelam semelhanças nas perceções que têm em relação ao seu corpo (Wilcox, 1997). De facto, a ideia de que as diferenças nas características físicas, e consequentes preocupações em relação ao corpo, dos homens e mulheres de meia-idade influenciam a sua positividade quanto à imagem corporal (Cho & Song, 2002) parece não ser prolongada para a idade avançada e as eventuais diferenças de género encontradas em idades mais jovens (por exemplo, Gillen, 2015; Swami et al., 2008; Swami et al., 2009) parecem já não fazer sentido, já que outras dimensões corporais são evidenciadas com a idade, mais do que a aparência ou pressões sociais para determinado ideal de beleza.

Relativamente à segunda parte da H1 não foram encontradas diferenças de sexo nos níveis de depressão, de AE e de QD. Estes resultados desviam-se daquilo que é referenciado na maioria da literatura existente – níveis superiores de AE e QD e inferiores de depressão nos homens, comparados com mulheres (Becker, 2013; Drago & Martins, 2011; Meneses & Barbosa, 2017; Teixeira et al., 2016). Como sugere Pearlman (1993), as mulheres experimentam um declínio nos níveis de AE antes dos 65 anos devido a alterações físicas que ocorrem entre os 50 e os 60 anos – *denominada lat mid-life astonishment* (cit in. Baker & Gringart, 2009). Porém, é possível que em idades mais avançadas, os níveis de AE se estabilizem à medida que vão sendo adotadas estratégias para combater os efeitos do envelhecimento, por parte das mulheres (Baker & Gringart, 2009), não se verificando diferenças significativas, quando comparadas com os homens. Adicionalmente, indo de encontro aos resultados encontrados no presente estudo, Halit (2014) constatou que os níveis de depressão e AE são independentes do sexo dos participantes, assim como Khaje-Bishak, Payahoo, Pourghasem e Jafarabadi (2014) foram de encontro aos mesmos resultados relativamente à QD.

Quanto à idade, idosos mais velhos revelaram níveis mais elevados de depressão e mais reduzidos de QD, comparativamente com os mais novos, não se encontrando diferenças ao nível da AE. Parece ser unânime que o processo de envelhecimento é acompanhado de uma série de perdas - sejam elas a dependência de terceiros pela tendência do aumento de doenças, a reforma, as mudanças radicais de estilos de vida, as despesas direcionadas maioritariamente para a indústria farmacêutica, as próprias perdas de familiares e amigos - que podem ser predisponentes a estados depressivos nos mais velhos. Para além disto, também a QD parece ser influenciada por diversos fatores psicossociais como a perda da posição social posterior à reforma, a pouca ou nenhuma participação dos idosos em eventos sociais, a solidão, incapacidade física, entre outros (Drago & Martins, 2011). A justificação anteriormente apresentada, nomeadamente a valorização do corpo, das potencialidades e a otimização da sua competência e saúde por parte dos idosos, poderá ajudar a compreender o facto dos níveis de AE se manterem em idades mais avançadas, uma vez que este constructo se relaciona com sentimentos de apreciação, valorização, bem-estar e satisfação que os indivíduos têm de si próprios e a forma como expressam essas atitudes (Rosenberg, 1965). Para além disso, esta amostra em particular caracteriza-se por bons níveis de AE, no geral. Desta forma, a AE parece não estar relacionada com a idade cronológica, mas sim com a qualidade da integração social e com a capacidade de adaptação dos indivíduos para lidarem com as situações da vida, incluindo o declínio físico e cognitivo (Alaphilippe, 2008).

Adicionalmente, como esperado, não foi observada uma associação significativa entre o IMC e a ICP (H5), sugerindo que a variação de peso não se associa à atitude de aceitação, respeito e proteção do corpo, nestas idades. De facto, as questões ligadas à imagem corporal, em especial na cultura ocidental, não parecem basear-se num tipo específico de corpo, sendo que tanto os indivíduos acima como os abaixo do peso podem revelar cuidados com a imagem corporal (Midlarsky & Morin, 2017). Para além disto, a própria definição de apreciação corporal de Tylka e Wood-Barcalow (2015b), vai de encontro a esta evidência, uma vez que este conceito vai muito para além de apreciar a aparência e respetivos ideais culturais que são impostos, passando por apreciar os recursos e funcionalidades do corpo – de referir que nestas idades, as preocupações prendem-se maioritariamente com aspetos de funcionalidade e de saúde (Baker & Gringart, 2009; Jankowski et al., 2014; Tiggemann & McCourt, 2013; Wilcox, 1997).

Um importante contributo deste estudo foi o seu foco nos indicadores de saúde mental que é escasso em termos de investigação, no âmbito da ICP em idosos. Neste sentido, relativamente à H4, a associação significativa e negativa encontrada entre a ICP e a

depressão e positiva encontrada entre a ICP e a AE e a QD vai de encontro ao esperado e àquilo que é apresentado pela literatura (Avalos et al., 2005; Dumitrescu et al., 2008; Gillen, 2015; Kim & Kang, 2015; Swami et al., 2008; Rubin & Steinberg, 2011; Swami et al., 2009; Tylka & Kroon Van Diest, 2013;). Desta forma, a ICP pode promover uma consciência geral das próprias necessidades (Gillen, 2015), levando a comportamentos de autocuidado, como por exemplo exercício físico, yoga, meditação, descanso (Tylka, 2011). Indivíduos que respeitam e amam os seus *selves* físicos, podem também desenvolver respeito pelo seu bem-estar emocional (Gillen, 2015). Contudo, a ICP não parece estar associada com duas das dimensões da QD – *Habilidades Sensoriais e Morte e Morrer*, sendo que mostraram ser as menos relevantes para a QD destes participantes. Apreciar os recursos, funcionalidade e saúde do corpo será independente da avaliação do funcionamento sensorial e o impacto das deficiências na vida diária, bem como das preocupações e o medo da morte e de morrer. De facto, como sugere Gillen (2015), mais importante do que “curar” o negativo, é focar e apreciar aquilo que mais se gosta no corpo e cuidar dele e, as questões mais existencialistas da morte e do morrer estarão mais associadas a outras variáveis que não a corporeidade ou a imagem corporal.

Os resultados da análise da predição da ICP sobre os indicadores de saúde mental (H5), levaram a uma confirmação parcial desta hipótese, sendo que esta variável é um preditor positivo da AE e negativo da depressão, mas não revela efeito direto e significativo sobre a QD. Segundo a literatura, verifica-se que a ICP prediz (positivamente) vários indicadores de bem-estar psicológico, entre eles a AE (Avalos et al., 2005), sendo que está ligada ao neuroticismo, que tem como características a depressão e o afeto negativo (Swami et al., 2008).

Por outro lado, o efeito direto da ICP sobre a QD não foi observado. Ressalve-se, contudo que, apesar de não se ter observado um efeito direto da ICP sobre a QD, esta associação parece fazer-se de forma indireta, mediada pela AE e pela depressão (H6). Na prática, estes resultados significam que a ICP é uma componente relevante na AE e nos níveis de depressão nos idosos e que, estas últimas, têm influência na QD (Kim & Kang, 2015; Siversten et al., 2015; Tavares et al., 2016). De facto, como já foi referido, a ICP demonstra ser importante tanto para a depressão como para a AE, no sentido em que a apreciação do corpo pelo que ele é capaz de fazer, o que representa e as suas características únicas se associam a menores níveis de depressão (Dumitrescu et al., 2008; Kim & Kang, 2015) e mais elevados de AE (Swami, Airs, Chouhan, Leon & Towell, 2009; Swami, Stieger, Haubner & Voracek, 2008; Tylka & Kroon Van Diest, 2013). A fundamentação da H4

explica bem o papel fundamental da ICP neste contexto, uma vez que o respeito pelo bem-estar emocional pode advir do respeito e amor pelo físico (Gillen, 2015), partindo, por exemplo, de comportamentos de autocuidado (Tylka, 2011).

Consequentemente, a AE e a depressão desempenham um papel fundamental na QD. De acordo com Dini, Quaresma e Ferreira (2001), os conceitos de AE e QV referem-se às percepções subjetivas dos indivíduos em relação a si e à vida, estando, deste modo, interligados – mostrando que idosos com menor AE apresentaram resultados inferiores de QV. Neste seguimento, Kim e Kang (2015) referem que a depressão surge como um fator influente que afeta a QV. Com efeito, esta associação negativa foi confirmada em inúmeros estudos transversais e longitudinais, sugerindo que a incapacidade de adaptação e/ou utilização dos recursos internos, característicos da depressão (Sivertsen et al., 2015), afetam negativamente a QV.

Desta forma, revela-se de extrema importância mapear estratégias para promover a imagem corporal e AE e aliviar sintomas depressivos, a fim de melhorar a QD dos idosos.

Em suma, podemos concluir que a imagem corporal tem influência no bem-estar psicológico (Avalos et al., 2005), não só em jovens e adultos, mas também em idades mais avançadas. Posto isto, o envelhecimento bem-sucedido, isto é, com positividade e satisfação com a vida, pode ser encarado como uma competência adaptativa para ultrapassar obstáculos com resiliência (Drago & Martins, 2011) e, portanto, torna-se de extrema importância traçar trajetórias desenvolvimentais da ICP, ao longo da vida (Halliwell, 2015).

## **Conclusão**

O corpo é central na nossa experiência de envelhecimento (Clarke & Korotchenko, 2011) e, por isso, é urgente a necessidade de investigações acerca da expressão e dos efeitos da ICP no bem-estar dos idosos. Nesse sentido, o presente estudo teve um papel importante na expansão do conhecimento acerca desta temática em dois sentidos. Primeiro, sendo que a maioria dos estudos é focada em populações mais jovens (Baker & Gringart, 2009; Clarke & Korotchenko, 2011), este ultrapassou esta limitação, incluindo na sua amostra apenas idosos e de ambos os sexos. Em segundo, estudou a relação entre a ICP e os indicadores de saúde mental, dada a evidência de inúmeros benefícios psicológicos associados à ICP (ex.: Avalos et al., 2005).

Assim sendo, a ICP assume-se como uma importante área de investigação e de intervenção. Promover a ICP a partir de programas de intervenção eficazes derivados da

literatura acerca da ICP e do bem-estar psicológico parece ser um passo importante. Fornecer informação acerca deste conceito pode ajudar as pessoas a perceber que mais importante do que aprender a parar de não gostar do corpo, é aprender a focar e apreciar aquilo que mais gostam no seu corpo e como tratar dele, isto é, direccionar o foco para o positivo em vez de “curar” o negativo (Gillen, 2015). De facto, como considera a Psicologia Positiva, é imperativo estudar a ICP e como promovê-la, uma vez que compreender e reduzir a ICN, por si só, não será suficiente (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b).

Tendo em conta o papel crucial que o corpo assume em idades mais avançadas, será crucial que investigações futuras continuem a estudar a ICP em homens e mulheres em idade mais avançada, aprofundando o conhecimento das relações e efeitos da ICP e indicadores de saúde mental, no sentido de se poder promover um envelhecimento mais ativo e positivo.

Apesar da contribuição positiva para a pesquisa da imagem corporal, o presente estudo apresenta várias limitações. O tipo de investigação utilizado – transversal – não permite perceber a direcionalidade das associações, sendo importante investir em estudos longitudinais para se tentar ultrapassar esta limitação. Para além disto, embora o modelo proposto incluísse a ICP como preditor de vários indicadores de saúde mental, é apenas um modelo plausível, sendo possível, por exemplo, que esses indicadores possam prever, também, a ICP (ex.: Grogan, 2010) – indivíduos com menos sintomas depressivos, comparados com indivíduos com mais sintomas, podem ter maior disponibilidade cognitiva e física para cuidar dos seus corpos (Gillen, 2015). Relativamente ao protocolo utilizado, este foi referido como cansativo pelos participantes, revelando-se extenso. Por fim, relativamente aos dados sociodemográficos, estes deverão ser mais diversificados em investigações futuras, no sentido de se obter, por exemplo, uma amostra com habilitações literárias variadas, proveniente de diversos contextos sociais e não maioritariamente com escolaridade baixa, como foi o caso do presente estudo. Realizar estudos de exploração da imagem corporal em idosos do sexo masculino seria, também, interessante uma vez que a maioria são dedicados às mulheres.

Em jeito de conclusão, é esperado que esta investigação abra caminho para aprofundar estas ideias e dar continuidade à investigação que se tem desenvolvido no âmbito da ICP, nomeadamente em idades mais avançadas, conseguir-se desenvolver intervenções mais eficazes para a promoção de uma melhor QD ao longo de todo o ciclo vital.



## Referências bibliográficas

- Alaphilippe, D. (2008). Self-esteem in the elderly. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*, 6(3), 167-176. doi: 10.1684/pnv.2008.0135
- Alleva, J. M., Martijn, C., Veldhuis, J., & Tylka, T. L. (2016). A Dutch Translation and Validation of the Body Appreciation Scale-2: An Investigation with Female University Students in the Netherlands. *Body Image*, 19, 44-48. doi: 10.1016/bodyim.2016.08.008
- Andrade, A. I. N. P. A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (40), 185-199.
- Atari, M. (2016). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in Iran. *Body image*, 18, 1-4. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.04.006.
- Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M. J., Reis, I. A. C., Silva, I. A. L. L., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 65-73.
- Avalos, L. C., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005) The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2, 285-297. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.06.002
- Bailey, K. A., Cline, L. E., & Gammage, K. L. (2016). Exploring the complexities of body image experiences in middle age and older adult women within an exercise context: The simultaneous existence of negative and positive body images. *Body image*, 17, 88-99. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.02.007
- Bailey, K. A., Gammage, K. L., van Ingen, C., & Ditor, D. S. (2015). "It's all about acceptance": A qualitative study exploring a model of positive body image for people with spinal cord injury. *Body image*, 15, 24-34. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.04.010
- Baker, L., & Gringart, E. (2009). Body image and self-esteem in older adulthood. *Ageing and Society*, 29(06), 977-995. doi: 10.1017/S0144686X09008721
- Becker, A. M. (2013). *Exercício físico, qualidade de vida e autoestima global em idosos portugueses: um estudo exploratório do instrumento Whoqol-old* (Master's thesis).
- Blanchard-Fields, F., & Kalinauskas, A.S. (2009). Challenges for the current status of adult development theories; A new century of progress. In M.C. Smith & N. DeFrates-Densch (Eds.), *Handbook of research on adult learning and development* (pp. 3-33). New York: Routledge.

- Cash, T. F. (2002). A “negative body image”: Evaluating epidemiological evidence. In T. F. Cash & T. E. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*, (pp. 269-276). New York: Guilford Press.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011) Understanding body images: Historical and contemporary perspectives. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*, (pp. 3-11). New York: Guilford Press.
- Cho, J. H., & Song, G. J. (2002). The Construct-Related Validation of a Body Image Questionnaire for College Women. *Journal of Korean Society for Measurement and Evaluation in Physical Education and Sports Science*, 4, 31-46.
- Clarke, L. H., & Korotchenko, A. (2011). Aging and the body: A review. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 30(03), 495-510. doi: 10.1017/S0714980811000274.
- Drago, S. M. M. S., & Martins, R. M. L. (2011). *A depressão no idoso* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu).
- Dini, G., Quaresma, M., & Ferreira, L. (2001). Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 19(1), 41-52.
- Dumitrescu, A. L., Zetu, L., Teslaru, S., Dogaru, B. C., & Dogaru, C. D. (2008). Is it an association between body appreciation, self-criticism, oral health status and oral health-related behaviors?. *Romanian Journal of Internal Medicine*, 46(4), 2343
- Gillen, M. M. (2015). Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body Image*, 13, 67-74. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.01.002
- Grogan, S. (2010). Promoting Positive Body Image in Males and Females: Contemporary Issues and Future Directions. *Sex Roles*, 63(9-10), 757-765. doi: 10.1007/s11199-010-9894-z
- Halliiwell, E. (2015). Future directions for positive body image research. *Body image*, 14, 177-189. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.03.003
- Halit, A. H. (2014). Self esteem and its relation to depression among the elderly. *International Journal of Business and Social Science*, 5(3).
- Jankowski, G. S., Diedrichs, P. C., Williamson, H., Christopher, G., & Harcourt, D. (2014). Looking age-appropriate while growing old gracefully: A qualitative study of ageing and body image among older adults. *Journal of Health Psychology*, 21(4), 550-561. doi: 10.1177/1359105314531468

- Khaje-Bishak, Y., Payahoo, L., Pourghasem, B., & Jafarabadi, M. A. (2014). Assessing the quality of life in elderly people and related factors in tabriz, iran. *Journal of caring sciences*, 3(4), 257. doi: 10.5681/jcs.2014.028
- Kim, J. S., & Kang, S. (2015). A study on body image, sexual quality of life, depression, and quality of life in middle-aged adults. *Asian nursing research*, 9(2), 96-103. doi: 10.1016/j.anr.2014.12.001
- Kline, R. B. (2004). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Kroon Van Diest, A. M. & Tylka, T. L. (2010). The Caregiver Eating Messages Scale: Development and Psychometric Investigation. *Body Image*, 7, 317-326. doi: 10.1016/j.bodyim.2010.06.002
- Lobero, I. J. & Rios, P. B. (2011). Spanish Version of the Body Appreciation Scale (BAS) for Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 411-420. doi: 10.5209/rev\_SJOP.2011.v14.n1.37
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (2ªed.). ReportNumber, Lda.
- Marques-Teixeira, J. (2012). *Manual da disfunção cognitiva na prática clínica*. VVKA, Lda: Linda-a-Velha.
- Meneses, L. B., & Barbosa, R. (2017). A imagem corporal positiva nos mais velhos: proposta de um modelo integrativo. Dissertação de Mestrado Integrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto.
- Meneses, L.B., Torres, S., Miller, K., & Barbosa, M.R. (submitted). Extending the validation of the Body Appreciation Scale -2 to late adulthood: Psychometric study in a Portuguese sample. *Body Image*
- Midlarsky, E., & Morin, R. (2017). Body Image and Aging. In Nadal, K. L. (Eds.), *The SAGE encyclopedia of psychology and gender* (pp. 227-230). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Miller, M. D., & Reynolds III, C. F. (2003). *Living longer depression free: A family guide to recognizing, treating, and preventing depression in later life*. Johns Hopkins University Press.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. Artmed Editora.
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiars, C. & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg com Adolescentes Portugueses em Contexto Forense e Escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5/6), 174-179

- PORDATA (2016). Indicadores de envelhecimento – Portugal. Recuperado em 10 de Abril de 2016, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- Razmus, M., & Razmus, W. (2017). Evaluating the psychometric properties of the Polish version of the Body Appreciation Scale-2. *Body Image*, 23, 45-49. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.07.004.
- Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and aging*, 17(3), 423. doi: 10.1037//0882-7974.17.3.423
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton university press.
- Rubin, L. R., & Steinberg, J. R. (2011). Self-objectification and pregnancy: Are body functionality dimensions protective?. *Sex roles*, 65(7-8), 606-618. doi: 10.1007/s11199-011-9955-y
- Sheikh, J. I., Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, 5(1-2), 165-173, NY: The Haworth Press. doi: 10.1300/J018v05n01\_09
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. S. (2015). Depression and quality of life in older persons: a review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5-6), 311-339. doi: 10.1159/000437299
- Smolak, L., & Cash, T. F. (2011). Future challenges for body image science, practice, and prevention. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 471-478). New York: Guilford Press.
- Snowden, M., Steinman, L., & Frederick, J. (2008). Treating depression in older adults: challenges to implementing the recommendations of an expert panel. *Preventing Chronic Disease*, 5(1).
- Swami, V., Airs, N., Chouhan, B., Amparo Padilla Leon, M., & Towell, T. (2009). Are there ethnic differences in positive body image among female British undergraduates?. *European Psychologist*, 14(4), 288-296. doi: 10.1027/1016-9040.14.4.288
- Swami, V., Ng, S.K., & Barron, D. (2016). Translation and psychometric evaluation of a Standard Chinese version of the Body Appreciation Scale-2. *Body Image*, 18, 23-26. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.04.005.

- Swami, V., Stieger, S., Haubner, T., & Voracek, M. (2008). German translation and psychometric evaluation of the Body Appreciation Scale. *Body Image*, 5(1), 122-127. doi: 10.1016/j.bodyim.2007.10.002
- Swami, V., Tran, U. S., Tieger, S. & Voracek, M. (2015). Associations Between Women's Body Image and Happiness: Results of the YouBeauty.com Body Image Survey (YBIS). *Journal of Happiness Studies*, 16, 705-718. doi: 10.1007/s10902-014-9530-7
- Tavares, D. M. S., Matias, T. G. C., Ferreira, P. C. S., Pegorari, M. S., Nascimento, J. S., & Paiva, M. M. (2016). Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3557-3564. doi: 10.1590/1413-812320152111.03032016
- Teixeira, C. M., Nunes, F. M. S., Ribeiro, F. M. S., Arbinaga, F., & Vasconcelos-Raposo, J. (2016). Atividade física, autoestima e depressão em idosos. *Cuadernos de Psicología del deporte*, 16(3), 55-66.
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body image*, 10(4), 624-627. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.07.003
- Tylka, T. L. (2011). Positive psychology perspectives on body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 56-64). New York: Guilford Press.
- Tylka, T. L. (2013). Evidence for the Body Appreciation Scale's measurement equivalence/invariance between U.S. College women and men. *Body Image*, 10, 415-418. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.02.006
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137-153. doi: 10.1037/a0030893.supp
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015a). The Body Appreciation Scale-2: item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53-67. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.09.006
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015b). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129. doi:10.1016/j.bodyim.2015.04.001
- Vilar, M. (2015). Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. Tese de

Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra:  
Universidade de Coimbra.

- Wilcox, S. (1997). Age and gender in relation to body attitudes. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 549-565.
- Williams, E. F., Cash, T. F., & Santos, M. T. (2004). Positive and negative body image: Precursors, correlates, and consequences. *38th annual Association for the Advancement of Behavior Therapy*, 285-297.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.

## Anexos

Tabela 1.

Estatísticas descritivas e efeitos da idade, sexo e escolaridade na imagem corporal positiva, depressão, autoestima e qualidade de vida.

			ICP	DEP	AE	QV
Idade	65-75 (n=138)	M(DP)	41.56(6.73)	2.73(2.95)	21.67(5.14)	108.88(13.99)
	+75 (n=65)	M(DP)	41.40(7.61)	4.03(3.31)	20.71(3.78)	102.45(15.21)
	<i>t</i> (gl)		<i>t</i> (201) = .15	<i>t</i> (201) = -2.81**	<i>t</i> (165.5) = 1.51	<i>t</i> (201) = 2.97**
	<i>d</i>		0.02	0.41	0.21	0.44
Sexo	Feminino (n=131)	M(DP)	41.50(7.45)	3.33(3.00)	21.03(4.66)	105.52(14.69)
	Masculino (n=72)	M(DP)	41.51(6.80)	2.82(3.32)	21.97(4.90)	109.18(14.43)
	<i>t</i> (gl)		<i>t</i> (201) = -.01	<i>t</i> (201) = 1.11	<i>t</i> (201) = -1.35	<i>t</i> (201) = -1.71
	<i>d</i>		0.00	0.16	0.20	0.25
Escolaridade	Analfabeto e Ensino Primário (n=117)	M(DP)	42.22(7.28)	3.43(2.90)	20.96(4.92)	106.75(14.37)
	Ensino Básico, Secundário e/ou Universitário (n=86)	M(DP)	40.53(6.54)	2.77(3.38)	21.92(4.50)	106.91(15.16)
	<i>t</i> (gl)		<i>t</i> (201) = 1.70	<i>t</i> (201) = 1.49	<i>t</i> (201) = -1.43	<i>t</i> (201) = .93
	<i>d</i>		0.24	0.21	0.20	0.01
Amostra Total		M(DP)	41.51(7.01)	3.15(3.12)	21.36(4.76)	106.82(14.67)

Nota. ICP – Imagem Corporal Positiva; DEP – Depressão; AE – Autoestima; QV – Qualidade de Vida.

\*\* A diferença é significativa no nível .01

Tabela 2.

Correlações de Pearson ( $r$ ) entre as variáveis sociodemográficas, imagem corporal positiva, autoestima, depressão, qualidade de vida e as suas dimensões.

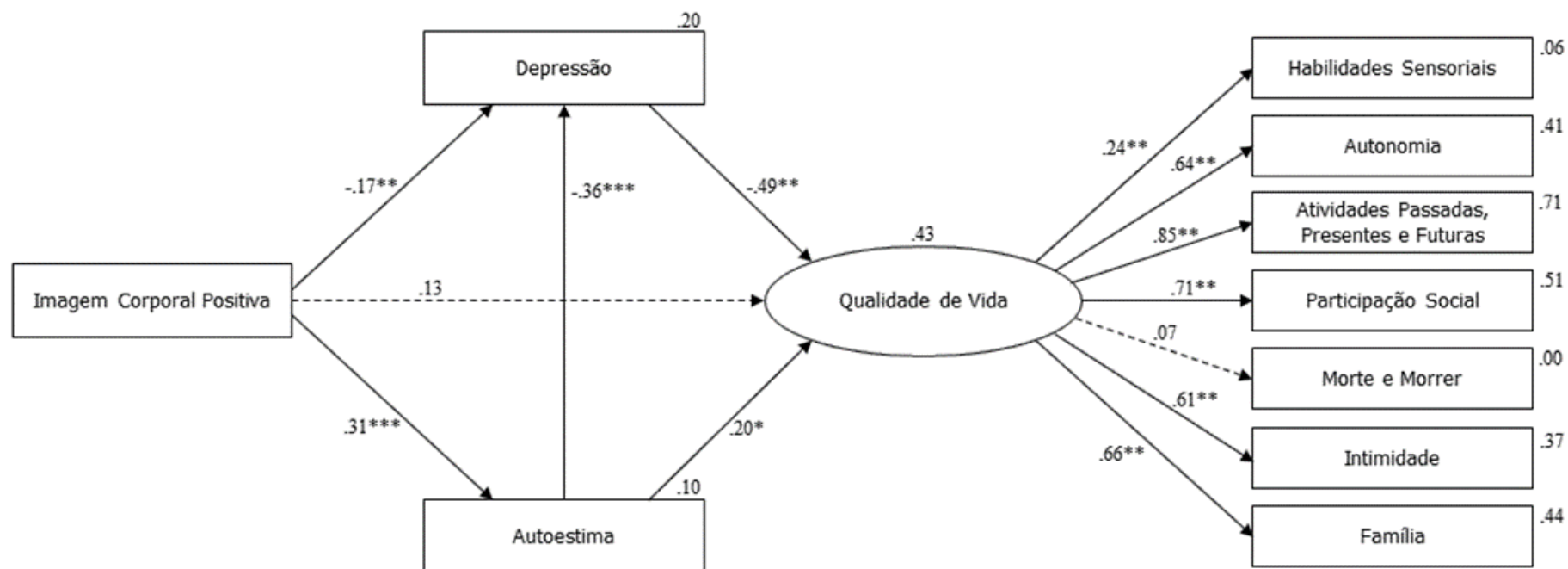
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1.Idade	1												
2.IMC	.03	1											
3.ICP	-.04	-.04	1										
4.AE	-.16*	-.08	.31**	1									
5.DEP	.25**	.01	-.28**	-.41**	1								
6.QV	-.23**	.10	.29**	.47**	-.61**	1							
7.SAB	-.37**	.01	.05	.35**	-.32**	.47**	1						
8.AUT	-.16*	.05	.29**	.44**	-.41**	.64**	.08	1					
9.PPF	-.08	.10	.32**	.31**	-.48**	.76**	.14*	.55**	1				
10.SOP	-.19**	.10	.21**	.35**	-.41**	.62**	.15*	.46**	.61**	1			
11.DAD	.10	-.04	.11	.09	-.17*	.36**	.16*	.06	.05	-.09	1		
12.INT	-.12	.15*	.14*	.28**	-.42**	.70**	.16*	.34**	.53**	.42**	-.04	1	
13.FAM	-.17*	.07	.16*	.23**	-.44**	.74**	.19**	.39**	.58**	.31**	.11	.59**	1

Nota. IMC = Índice de Massa Corporal. AE = Autoestima. DEP = Depressão. QV = Qualidade de Vida. SAB = Habilidades Sensoriais. AUT = Autonomia. PPF = Atividades Passadas, Presentes e Futuras. SOP = Participação Social. DAD = Morte e Morrer. INT = Intimidade. FAM = Família.

\* A correlação é significativa no nível .05 (bilateral).

\*\* A correlação é significativa no nível .01 (bilateral).





**Figura 1.**

Modelo causal da imagem corporal positiva sobre a qualidade de vida, mediado pela depressão e pela autoestima. Linhas pretas contínuas indicam caminhos significativos e linhas tracejadas caminhos não significativos.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$ .

Ajustamento do modelo:  $X^2 = 82.940$ ;  $gl = 30$ ;  $p < .001$ ;  $X^2/gl = 2.750$ ; CFI = .908; GFI = .928; TLI = .862; RMSEA = .093 (90% IC: .069, .117).